

課長	係長	係

申請日 年 月 日

宝塚市長 宛て

兵庫県広域予防接種申込書

下記のとおり、広域予防接種を利用したいので申し込みます。

記

★申請者は、被接種者が18歳未満の場合は保護者、18歳以上の場合は被接種者本人に限ります。

申請者 (★)	住所				
	氏名	被接種者との続柄 ( )			
	電話番号	-	-	※日中連絡可能な電話番号	
被接種者	住所	宝塚市 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ			
	フリガナ		性別	男・女	
	氏名				
	生年月日	年	月	日 ( 歳 か月)	
申請理由	・かかりつけ医 ・長期滞在中 ・その他 ( )				
接種を希望する医療機関	所在地：〒				
	名称： ※正確にご記入ください(略称は不可)				
予防接種の種類 <input type="checkbox"/> 接種を希望するものに○をつけてください  ※概ね6か月以内に接種予定のものについてのみ申請してください。	ロタウイルス (ロタリックス)	・1回目	・2回目	※医療機関にロタリックス・ロタテックのどちらを接種するのか確認しましたか <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 確認していない (確認済でない申請できません)	
	ロタウイルス (ロタテック)	・1回目	・2回目		・3回目
	ヒブ	・初回1回目	・2回目	・3回目	・追加
	小児用肺炎球菌	・初回1回目	・2回目	・3回目	・追加
	B型肝炎	・1回目	・2回目	・3回目	
	5種混合	・1期初回1回目	・2回目	・3回目	・追加
	4種混合	・1期初回1回目	・2回目	・3回目	・追加
	BCG				
	麻しん・風しん	・1期	・2期		
	水痘	・1回目	・2回目	(水痘既往歴のある方は定期接種対象外)	
	日本脳炎	・1期初回1回目	・2回目	・追加	・2期
	ジフテリア・破傷風2期				
	子宮頸がん予防	・1回目	・2回目	・3回目	・シルガード9 ・ガーダシル ・サーバリックス ←いずれかを○で囲む

【申し込みに必要な書類等】

- 申込書 (この用紙)
- 母子健康手帳の予防接種記録欄のコピー
- 返信用封筒に送付先を記載したもの (切手貼付) ※郵便で申請する場合のみ必要
- 委任状 ※被接種者の保護者又は被接種者本人以外が申請する場合のみ必要

申請先：〒665-0827 宝塚市小浜4丁目4番1号 宝塚市立健康センター 予防接種担当  
電話：0797-86-0056 (年末年始を除く平日9時から17時30分まで)

\*職員記入欄

- 申請者 被接種者 申請理由 医療機関 予防接種の種類
- 宛名 還付申請書 窓口 郵便 R6.8